



mẫu ghi tên

Sign-up form

để chọn chương trình y tế
và yêu cầu cho các bác sĩ quý vị muốn

SỐ HỒ SƠ
TÊN THÂN CHỦ
ĐỊA CHỈ THÂN CHỦ
THÀNH PHỐ TIỂU BANG KHU BUƯ CHÍNH

Quý vị không phải điền mẫu này nếu

quý vị ghi tên bằng điện thoại tại số 1-800-562-3022.

(Gọi số 1-800-848-5429 dành cho người xử dụng TTY/TDD)

1. Chọn chương trình y tế. Quý vị cần ghi tên với một chương trình y tế. Mọi người được liệt kê trên thẻ y tế của quý vị phải ở cùng một chương trình.

- Xem các tờ tin tức màu lục trong tập tài liệu này để hiểu thêm về các chương trình y tế mà quý vị có thể ghi tên. Mỗi chương trình có tờ riêng biệt với số điện thoại để gọi nếu quý vị có điều gì thắc mắc về chương trình đó.
- Đọc tờ tin ngắn trong tập tài liệu này. Tờ này cho quý vị những điều để suy xét trước khi chọn chương trình.
- **Nếu có một số bác sĩ quý vị muốn dùng, hãy gọi để xem các bác sĩ đó ở trong chương trình y tế nào trước khi chọn chương trình.** Khi quý vị đã ở trong một chương trình, quý vị phải dùng các bác sĩ ở trong chương trình đó mà thôi. Quý vị có thể yêu cầu cho các bác sĩ ở mặt sau mẫu này.

Viết xung đây kế hoạch y tế nào mà quý vị muốn cho chính quý vị và những người khác có tên trên phiếu Y Tế của quý vị.

2. Có ai có tên trên thẻ y tế của quý vị đang mang thai không?

Quý vị, hoặc có ai có tên trên thẻ y tế của quý vị, đang mang thai không?

Không

Có → Ai có thai? Tên: _____ Ngày dự trừ sanh: _____

Bác sĩ hoặc nhân viên y tế nào đã khám thai cho bà ấy?

Tên bác sĩ: _____ Điện thoại văn phòng: _____



3. Yêu cầu cho các bác sĩ mà quý vị muốn dùng làm PCP. Khi đã ghi tên vào một chương trình y tế mà quý vị đã chọn, quý vị sẽ đến một bác sĩ trong chương trình này trong hầu hết hay tất cả việc chăm sóc của quý vị. Người này được gọi là PCP của quý vị, đó là chữ viết tắt của Primary Care Provider (Nơi Sẵn Súc Chính). PCP của quý vị có thể là bác sĩ, y tá hành nghề tư, hay phụ tá y sĩ. Quý vị và mỗi người có tên trên thẻ y tế của quý vị **phải có một PCP ở trong chương trình mà quý vị đã chọn.** Nếu quý vị có bác sĩ mà quý vị muốn dùng như là PCP, và quý vị biết các bác sĩ này ở trong chương trình quý vị đã chọn, viết tên của họ dưới đây. Xin lưu ý, một số bác sĩ làm việc trong nhiều chương trình y tế Healthy Options cùng một lúc.

Chương trình y tế mà quý vị đã chọn sẽ cho quý vị biết quý vị có được chấp thuận về PCP ghi dưới đây hay không. Nếu quý vị không ghi tên của bất cứ PCP nào trên mẫu này, chương trình y tế sẽ chọn giúp quý vị một PCP sau khi quý vị ghi tên.

Tên của người trên thẻ y tế của quý vị	Quý vị muốn chọn bác sĩ nào làm PCP cho người này?	
	(tất cả bác sĩ mà quý vị liệt kê như là PCP phải có tên trong chương trình y tế mà quý vị đã chọn nơi mặt trước mẫu này - gọi họ để biết nếu quý vị không chắc chắn)	
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:
	Tên của PCP:	Điện thoại văn phòng:

Nếu có người nào khác ghi trên thẻ y tế của quý vị và tên của họ không được ghi ra nơi đây, xin viết tên của họ và PCP nào họ muốn dùng trên một tờ giấy riêng biệt.

4. Trẻ em có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.

Về các trẻ ghi trên thẻ y tế của quý vị, có trẻ nào có tình trạng sức khỏe đặc biệt hoặc chậm phát triển hay không?

Không

Có → Xin ghi tên (các) trẻ và tình trạng sức khỏe đặc biệt:

5. Gửi mẫu ghi tên này. Khi quý vị đã điền xong cả hai mặt của mẫu này, xin gửi trả lại chúng tôi trong bao thư hồi đáp có sẵn trong tập tài liệu này (không cần dán tem). Nếu bao thư bị mất, gửi mẫu này về: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.